FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

ANNÉE 1967 — N° 29

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Par

GILLES CARDI

Né le 26 Juin 1938, à BOUGIE (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le 9 NOV. 1967

TITRE :

LE DEVENIR DES ULCÈRES GASTRIQUES ET DUODÉNAUX PERFORÉS TRAITÉS PAR MÉTHODES CONSERVATRICES

Président de Thèse :

M. le Professeur P. VIALLE

Membres du Jury :

M. le Professeur J. VACHER

M. le Professeur Agrégé J. BERTRAND

M. le Professeur Agrégé J. BRIZON

Imp. A. COLLINET
38, Rue Champoiseau
TOURS — 1967

29 - Corp. Bas, Leyde

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549621_0023

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

ANNÉE 1967 — N° —

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Par

GILLES CARDI

Né le 26 Juin 1938, à BOUGIE (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

TITRE :

LE DEVENIR DES ULCÈRES GASTRIQUES ET DUODÉNAUX PERFORÉS TRAITÉS PAR MÉTHODES CONSERVATRICES

Président de Thèse :

M. le Professeur P. VIALLE

Membres du Jury :

M. le Professeur J. VACHER

M. le Professeur Agrégé J. BERTRAND

M. le Professeur Agrégé J. BRIZON

Imp. A. COLLINET
38, Rue Champoiseau
TOURS — 1967

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

Doyen : Professeur G. DESBUQUOIS.

Assesseur : Professeur M.A. DURAND.

Secrétaire : Monsieur J. GANNIER.

PROFESSEURS HONORAIRES

GAUDEAU - HUC - LETELLIER - PAULIN - DENOYELLE - MERCIER - FROMENTY - BONNIN.

PROFESSEURS TITULAIRES

ARDOUIN	Oto-Rhino-Laryngologie
ARNAUD	Bactériologie
ARON	Clinique Médicale
BARRE	Chimie Pharmacie
BOULARD	Hygiène et Hydrologie
COMBESCOT	Zoologie
CROUZAT-REYNES	Physique Pharmaceutique
DESBUQUOIS	Clinique Médicale Infantile
DURAND	Matière Médicale
GARESTIER	Botanique
GAUTIER	Thérapeutique
GOUAZE	Anatomie
GRECO	Séméiologie Chirurgicale
HUSSENSTEIN	Cl. Chirurgicale Orthopédique
JOBARD	Anatomie Pathologique
LARMANDE	Ophtalmologie
LIEFFRING	Technique opératoire
RICHARD	Cl. Obst. et Gynécologie
ROUZAUD	Cl. Neuro-psychiatrique
THOUVENOT	Physiologie

VACHER..... Médecine Légale et Sociale
VANDOOREN..... Pathologie Chirurgicale
VIALARD-GOUDOU..... Pharmacie Galénique
VIALLE..... Clinique Chirurgicale
WEILL..... Biochimie

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

COMBE..... Pédiatrie
RAYNAUD..... Médecine Générale
VARGUES..... Bactériologie

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Mme FOUSSARD-BLANPIN..... Pharmacodynamie

PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES

BAR..... Médecine Légale
BERTRAND..... Médecine Générale
BRIZON..... Urologie
Melle BROCHIER..... Médecine Générale
CASTAING..... Orthopédie
FABIANI..... Toxicologie
GLORION..... Chirurgie Générale
GRENIER..... Maladies infectieuses
GUERIN..... Physique Médicale
Melle HALOT..... Chimie Générale
HARICHAUX..... Physiologie
LEROUX..... Hématologie
MAILLET..... Histologie
MICHEL..... Electro-radiologie
NEEL..... Pathologie expérimentale
SCHMITT..... Pharmacologie
SIZARET..... Neuro-psychiatrie
SOUTOUL..... Anatomie

FAISANT FONCTION D'AGREGE

DE LAUTURE..... Hygiène
MOURRAY..... Biochimie

CHEFS DE TRAVAUX

BENATRE..... Anatomie Pathologie
DEMARET..... Parasitologie
DENIS..... Chimie Pharmaceutique
GRIGUER..... Hématologie
LUTIER..... Médecine Légale
THARANNE..... Histologie

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

BOISRAME M. ..... Obstétrique
BOISRAME R. ..... Stomatologie
FRANCOIS..... Dermatologie
PASTY..... Cryptogamie

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur P. VIALLE

Professeur de Clinique Chirurgicale

Qui nous fait le grand honneur de présider cette Thèse.

Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour l'aide précieuse que vous avez bien voulu nous apporter en nous ouvrant les portes de la Maison de Santé "Saint Grégoire".

A notre Maître

Monsieur le Professeur Agrégé BERTRAND

Qui nous suggéra ce sujet et nous apporta to
son appui dans ce travail.
Qu'il veuille bien accepter ici, l'expressio
de notre très respectueuse gratitude.

A nos Juges

Monsieur le Professeur VACHER

Monsieur le Professeur Agrégé BERTRAND

Monsieur le Professeur Agrégé BRIZON

En témoignage de reconnaissance pour l'honneur qu'ils nous ont fait en s'intéressant à notre travail.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur DUJARDIN

Chirurgien de l'Hôpital du BLANC

Qui nous apporta son appui dans ce travail.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre

reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BEAUCHARD P.

Médecin du Sanatorium des Grandes Brosses

Qu'il trouve ici le témoignage de notre affectueuse reconnaissance et de notre grand attachement.

A monsieur le Docteur CARDI N. mon père

Qui a su me diriger et me guider.

En témoignage d'admiration et de reconnaissance

A ma Femme,

A ma Fille,

A mes Parents,

A mes Beaux-Parents,

A mes Frères,

A tous ceux qui me sont chers,

A mes Amis.

- PLAN -

I N T R O D U C T I O N

CHAPITRE I : Matériel d'étude

CHAPITRE II : Facteurs étiologiques

CHAPITRE III : Evolution de l'ulcère perforé suturé

a) Malades guéris

b) Résultats moyens

c) Echecs

CHAPITRE IV : Evolution de l'ulcère perforé aspiré

CHAPITRE V : Déductions thérapeutiques

CHAPITRE VI : Conclusion

O B S E R V A T I O N S

B I B L I O G R A P H I E

INTRODUCTION

Le chirurgien qui reçoit un ulcère perforé dispose de différentes techniques qui sont classiquement au nombre de trois :

- Traitement par aspiration type TAYLOR
- Traitement par suture simple
- Gastrectomie

Ces méthodes de traitement ont donné lieu à de nombreux commentaires et beaucoup d'auteurs les ont classées en deux groupes, attribuant à chacun d'eux des qualités et des défauts.

TRAITEMENT A VISEE CONSERVATRICE

1°) La méthode de TAYLOR

- Evite l'intervention d'urgence chez un sujet en mauvais état général
- Permet de juger secondairement de l'intervention la plus adéquate quand la radiographie montre la persistance d'un gros ulcère.

MAIS

- L'aspiration est rarement complète
- Les perforations larges s'obturent difficilement surtout s'il s'agit d'un ulcère calleux
- Le malade est difficile à surveiller
- Le diagnostic n'est pas toujours affirmé
- L'ulcère reste en place.

2°) La suture simple de la perforation

- Traite l'épisode aigu.
- Est une intervention rapide et simple chez un sujet qu'il est préférable de ne pas trop fatiguer.
- Evite les erreurs de diagnostic.

MAIS

- Elle ne traite pas la maladie ulcéreuse.

Ces deux méthodes qui sont conservatrices présentent donc, pour de nombreux auteurs, l'avantage d'être simples mais ont l'inconvénient de ne pas traiter la maladie ulcéreuse.

TRAITEMENT A VISEE CURATRICE

La gastrectomie d'urgence a l'avantage théorique de traiter la maladie ulcéreuse. Mais ce n'est pas forcément une bonne indication ; elle réalise, d'autre part, une mutilation importante. Peut être d'autres types d'intervention doivent-ils être conseillés dans certains cas : nous aurons l'occasion d'y revenir.

De toutes façons, nous pensons, quant à nous, que les différentes méthodes ne doivent en aucun cas être opposées. Chacune d'elles a ses indications, l'objectif du chirurgien devant être d'essayer de guérir définitivement sans aggraver le risque immédiat. Il faut tenter de trouver, parmi les solutions qui nous sont proposées, la ligne thérapeutique qui semble la mieux indiquée devant un cas défini.

o o

o

Ainsi, ce travail qui nous a été suggéré par notre Maître le Professeur Agrégé J. BERTRAND, vise-t-il à étudier l'évolution lointaine des ulcères perforés traités par méthode conservatrice. A travers cette étude, nous essaierons d'évaluer les chances de guérison offertes par cette technique. Nous nous efforcerons aussi de détacher les critères essentiels susceptibles de faire porter l'indication de cette méthode thérapeutique. D'autre part, cette étude de l'évolution post-opératoire des ulcères perforés traités par suture simple ou par aspiration nous amènera à discerner certains éléments contre-indiquant la suture au bénéfice d'une intervention à visée curatrice.

Nous voudrions montrer que le traitement des ulcères perforés ne doit être en aucun cas systématique ; si la suture n'est pas la méthode idéale, elle ne doit pas être rejetée à priori comme ont tendance à le dire certains qui utilisent une technique et une seule qu'ils appliquent quelle que soit la perforation devant laquelle ils se trouvent, sans faire intervenir de considérations locales. Notre propos est de montrer que toutes choses égales par ailleurs, il est dans certains cas préférable de faire une suture plutôt qu'une gastrectomie.

Dans l'évolution des ulcères perforés et suturés, nous rechercherons avec une particulière attention les cas qui ont nécessité une gastrectomie secondaire et les résultats de celle-ci, en sachant que faite loin de l'accident aigu, chez un malade en meilleur état général et mieux préparé, elle est moins traumatisante que faite d'emblée au moment de la perforation.

CHAPITRE I

MATERIEL D'ETUDE

Nous disposions, pour entreprendre ce travail, de 115 observations que nous avons pu réunir grâce à l'obligeance du Professeur VIALLE, du Professeur Agrégé J. BERTRAND, du Professeur Agrégé BRIZON et du docteur DUJARDIN.

Ces observations concernaient :

- 99 malades dont la perforation avait été traitée par suture,
- 16 malades dont la perforation avait été traitée par aspiration

Pour chaque malade, la localisation de l'ulcère était précisée par le compte-rendu opératoire ou encore par les radiographies que nous possédions dans les dossiers. Nous avons fait parvenir à chacun des malades un questionnaire qui se divisait en trois parties :

- Le premier paragraphe était destiné à connaitre les éléments perforatifs. Nous avons demandé au malade s'il avait des antécédents ulcéreux familiaux et si oui, le degré de parenté les unissant à lui. Nous demandions aussi si la perforation était apparue d'emblée ou bien s'il y avait des antécédents ulcéreux et si oui, leur ancienneté ?

- Le deuxième paragraphe intéressait essentiellement l'âge du malade, au moment de la perforation.

- Le troisième paragraphe s'attachait à l'évolution de cette perforation traitée. Nous avons demandé au malade de nous préciser le laps de temps qui s'est écoulé depuis la perforation ; puis nous l'avons interrogé sur la disparition des troubles ou leur persistance, sur la date de réapparition de ces derniers quand il y avait eu seulement une accalmie. Le malade devait ensuite nous préciser la nature des troubles dont il avait eu à se plaindre et dire si ceux-ci avaient entrainé une réintervention.

Dans l'affirmative nous demandions la date de cette deuxième opération et les suites opératoires de cette dernière en suggérant une des éventualités suivantes :

- Disparition totale des douleurs
- Douleurs moins importantes
- Troubles identiques à ceux qui précédaient l'intervention

Ce questionnaire, envoyé aux 115 malades nous est revenu correctement rempli, 60 fois.

Ont répondu :

51 des malades dont l'ulcère avait été suturé

9 des malades dont l'ulcère avait été aspiré

Nous disposions donc d'une série peu importante mais qui avait le grand intérêt d'être homogène et précise.

Cette série homogène a été divisée en trois groupes :

GROUPE I : malades considérés comme guéris

GROUPE II : malades chez qui il y a persistance de troubles mineurs

GROUPE III : malades non améliorés.

A l'intérieur de chaque groupe nous avons étudié les différents facteurs étiologiques en essayant de dégager ceux qui imposent l'indication du traitement conservateur ou au contraire la font rejeter d'une manière formelle.

Nous mentionnerons avant d'étudier l'étiologie des ulcères perforés qu'une grande partie des observations à notre disposition provenait d'une clientèle de médecin. Il s'agissait donc de malades revus, parce qu'ils souffraient encore. Ceci implique que le matériel dont nous disposions risque d'amener à des conclusions plus pessimistes que ne l'est la réalité.

FAC SIMILE DU QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX MALADES

N O M : .....

Prénom : .....

Age : .....

Avez-vous des parents qui ont souffert d'ulcère ? .....

Si oui, quels sont vos degrés de parenté ? .....

AVANT LA PERFORATION

1) La perforation a t-elle éclaté d'emblée ? .....

2) Depuis quand souffriez-vous avant la perforation ? .....

3) Etiez-vous traité pour ulcère avant la perforation ? .....

LA PERFORATION

1) Quel âge aviez-vous au moment de la perforation ? .....

2) S'agissait-il d'un ulcère du duodénum ? .....

de l'estomac ? .....

APRES LA PERFORATION

1) Combien de temps s'est-il écoulé depuis votre perforation ? .....

2) Votre ulcère a t-il évolué depuis votre perforation ? .....

3) Si oui, combien de temps après la perforation, avez-vous souffert de nouveau ? .....

4) Si vous avez souffert après votre perforation, quels troubles avez-vous ressentis :

- Brûlures ?
- Crampes ?
- Vomissements de sang ?
- Nouvelle perforation ?

5) Avez-vous été réopéré ? .....

Si oui, pour quelle raison ? .....

Si oui, combien de temps après la première perforation ? .....

6) Si vous avez été réopéré, quels sont les résultats de cette deuxième intervention :

- Disparition totale des douleurs ?
- Douleurs moins importantes ?
- Troubles identiques à ceux qui précédaient l'intervention ?

CHAPITRE II

FACTEURS ETIOLOGIQUES

Nous nous sommes efforcés, tout au long de notre travail, de réunir pour chaque malade les différents renseignements susceptibles d'être connus, de manière à essayer de détacher celui ou ceux qui sembleraient avoir une importance capitale sur le déclenchement de l'accident aigu.

1°) S E X E

Sur les 115 observations qui composaient notre base de travail, nous relevions sept fois la survenue de cet accident aigu chez des sujets de sexe féminin ; ainsi, pouvons nous donner comme pourcentage :

94 % d'hommes pour 6 % de femmes

En ce qui concerne l'importance du sexe dans l'étiologie de la perforation différents auteurs donnent des chiffres très semblables et qui avoisinent tous :

95 % d'hommes pour 5 % de femmes

Nous citerons :

De MOURGUES	qui constate	:	98 %	d'hommes	pour	2 %	de femmes
CLAVEL	" "	:	93,4 %	"	"	6,6 %	"
TALHEIMER	" "	:	93,8 %	"	"	6,2 %	"
QUAST	" "	:	94,5 %	"	"	5,5 %	"
ILLINGWORTH	" ""	:	95 %	"	"	5 %	"

Ces chiffres, de sources différentes et recueillis à partir de groupes différents, tant en ce qui concerne les origines que l'importance numérique, indiquent que toutes choses étant égales par ailleurs, les risques de perforation sont plus grands chez les hommes que chez les femmes.

2°) LOCALISATION

Chacune des 115 observations que nous possédions mentionnait d'une manière précise la localisation de la perforation. Nous nous sommes donc proposés de classer nos observations en trois groupes suivant que la localisation était gastrique, duodénale ou pylorique.

Nous avons obtenu les pourcentages suivants :

T A B L E A U N° 1 - INFLUENCE DE LA LOCALISATION SUR LA PERFORATION ULCEREUSE.

LOCALISATION	NOMBRE	POURCENTAGE
Duodénale	63	57 %
Gastrique	39	32 %
Pylorique	13	11 %

Si l'on en juge à travers notre groupe de malades, la fréquence absolue de la perforation est plus grande dans les ulcères duodénaux que dans les ulcères gastriques. D'ailleurs, nos chiffres concordent

avec ceux qu'ont donné de nombreuses études tant en France qu'à l'Etranger (tableau n° 2). Pourtant, si l'on considère le rapport de fréquence entre les ulcères gastriques et les ulcères duodénaux (39,7 % d'ulcères gastriques selon HILLEMAND et SARRAZIN pour 78,5 % d'ulcères duodénaux selon A. CORNET et G. TERRIS), on s'aperçoit que la fréquence relative de l'accident perforatif n'est pas plus grande dans l'ulcère duodénal que dans l'ulcère gastrique.

En d'autres termes, un sujet porteur d'ulcère duodénal n'a guère plus de chances de perforer son ulcère qu'un sujet porteur d'un ulcère gastrique. Au contraire, l'ulcère gastrique a peut-être un peu plus de chances de se perforer qu'un ulcère duodénal.

T A B L E A U N° 2

AUTEURS	Loc. DUODENALE	Loc. GASTRIQUE	Loc. PYLORIQUE
CLAVEL	66,7 %	14 %	19,3 %
PALUMBO & SHARPE	74,4 %	16,2 %	9,4 %
ILLINGWORTH	77 %	———	23 % ———
MOULINIER (298 cas)	72,3 %	12,3 %	10 %
PEYCELON & DUJOL (41 cas)	90,5 %	2,5 %	5 %

3°) INFLUENCE DE L'AGE DES ULCEREUX AU MOMENT DE LA PERFORATION

Chacun des malades interrogés a pu nous préciser son âge au moment de la perforation. Nous avons divisé l'ensemble de nos observations en tranches d'âge de 10 ans.

Le tableau ci-après nous montre que le pourcentage le plus important de perforations se situe chez des sujets âgés de 40 à 59 ans (47,1 %). La perforation n'est pas l'apanage des jeunes.

T A B L E A U N° 3 - POURCENTAGE DE PERFORATIONS EN FONCTION DE L'AGE

A G E	Nombre de malades	Pourcentage
Moins de 20 ans	4	3,4 %
20 ans à 29 ans	19	16,3 %
30 ans à 39 ans	20	17,3 %
40 ans à 49 ans	28	24,5 %
50 ans à 59 ans	26	22,6 %
60 ans à 80 ans	18	15,6 %

Nous trouvons dans la littérature des chiffres qui sont les uns très semblables, les autres très différents. Ainsi pour :

- MOULINIER, le pourcentage maximum se situe entre 40 et 50 ans.
(53 fois sur 164)

- de MOURGUES, il se situe entre 20 et 30 ans.

- PALUMBO & SHARPE, les plus grands risques de perforation seraient courus entre 30 et 40 ans.

La comparaison des chiffres entre eux, d'une part, et avec les nôtres d'autre part, semblerait indiquer qu'il n'existe pas d'âge critique pour la perforation.

4°) DATE DE LA PERFORATION PAR RAPPORT AU DEBUT DE LA MALADIE

Il est très important d'insérer l'accident perforatif dans le contexte de la maladie ulcéreuse. Dans 64 cas, nous avons pu préciser la date de la perforation par rapport au début apparent de la maladie.

a) Existence on non d'antécédents ulcéreux

- il y avait des antécédents ulcéreux dans 45 cas (70,3 %).
- pas d'antécédents ulcéreux dans 18 cas (29,4 %).

A titre de comparaison, nous donnerons les chiffres notés par certains auteurs : (Tableau n° 4).

b) Ancienneté des antécédents

Nous avons divisé l'ancienneté des antécédents en tranches d'âge de recul et reporté, pour chacune d'elles le pourcentage de perforations. Le tableau n° 5 groupe l'ensemble de nos observations.

T A B L E A U N° 4 - FREQUENCE DES ANTECEDENTS ULCEREUX

AUTEURS	ANTECEDENTS	AUCUN ANTECEDENT
BREYER & BRODART	69,5 %	22,8 %
BRABER & MADDEN	80 %	20 %
FORTY	88 %	12 %
JOHANSON	87 %	13 %
MOULINIER	68,8 %	29,2 %

T A B L E A U N° 5 - ANCIENNETE DES ANTECEDENTS ULCEREUX PAR RAPPORT A LA PERFORATION (Résultats personnels)

Ancienneté des antécédents	Nombre	Pourcentage
Nuls ou inf. à 6 mois	29	45,2 %
6 mois à un an	2	3 %
1 an à 5 ans	10	15,5 %
5 ans à 10 ans	8	12,7 %
10 ans à 20 ans	8	12,7 %
Plus de 20 ans	1	1,6 %
Non précisés	6	9,3 %

Les chiffres relevés dans la littérature sont approximativement semblables aux nôtres : nous avons groupé ci-après les pourcentages donnés par différents auteurs ayant étudié le rôle des antécédents ulcéreux dans l'étiologie de la perforation.

T A B L E A U N° 6 - ANCIENNETE DES ANTECEDENTS ULCEREUX PAR RAPPORT A LA PERFORATION

AUTEURS	Antécédents nuls ou inférieurs à 5 ans	Antécédents supérieurs à 5 ans
MOULINIER	73,2 %	26,8 %
FORTY	69 %	31 %
LUER	64,4 %	35,6 %
NUSSBAUMER	64,5 %	35,5 %
DEAN & CLARK	68,1 %	31,9 %

c) Conclusion

Nos chiffres concordent dans l'ensemble avec ceux qui ont été notés par divers auteurs. Mais ils appellent les commentaires suivants :

- Dans 70,3 % des cas, l'interrogatoire permettra de retrouver une histoire ulcéreuse dans les antécédents de ces malades. On

conçoit que, pour un premier examen clinique fait à l'occasion d'un accident perforatif, l'étude de l'anamnèse ait un intérêt d'aiguillage fondamental.

- Mais il faut ajouter immédiatement que, dans près d'un cas sur deux (42 %) on se trouve en présence d'un ulcère jeune, qui évolue depuis moins de 6 mois, ce qui entre grandement en ligne de compte dans la décision à prendre.
- Enfin, il ne faut pas négliger que dans 29,7 % de nos cas, l'accident perforatif a inauguré une maladie ulcéreuse jusque là inconnue du malade pour ne s'être manifestée par aucun signe clinique.

5°) FACTEURS DECLENCHANTS

Dans le questionnaire envoyé à chacun des malades il n'était fait aucune mention quant à un éventuel facteur déclenchant. Malgré l'absence de cette question, 4 malades nous ont donné des précisions :

- Dans deux cas, un effort physique violent a précédé la perforation. Aucun de ces deux malades ne s'était plaint auparavant de douleurs épigastriques.

- Dans un cas le déclenchement est médicamenteux ; le malade souffre pour la première fois de son estomac quelques jours avant la perforation qui éclate au cours d'un traitement anti-rhumatismal (sans précision du produit utilisé).

- Dans un cas le malade incrimine un examen radiographique gastrique avec préparation (en vue d'authentifier un ulcère que la clinique suspectait), 3 heures avant la perforation.

Notre étude ne s'était pas particulièrement orientée vers la

recherche de facteurs déclenchants ; néanmoins, les précisions apportées par ces malades nous ont fait rechercher dans la littérature la mention de cas analogues. A côté des facteurs médicamenteux qui sont classiques, BREYER cite dans sa thèse trois observations où un traumatisme de l'hypochondre gauche, un examen radiologique gastrique et un traitement à la triamcinolone ont pu être incriminés. HAMANT et ROTHAU citent également trois cas de perforations survenues après des traumatismes abdominaux. SHIPLEY cite deux traumatismes directs de la région épigastrique et deux repas barytés dans les 24 heures précédant la perforation.

Certains auteurs, à partir de la notion de traumatisme, ont recherché les professions de leurs malades hospitalisés pour perforation d'ulcère ; HAMANT et ROTHAU notent 90 % de travailleurs manuels pour 10 % de sédentaires. Enfin, il nous a été impossible de préciser l'heure de la perforation et de ses relations avec les repas. Mais ESTES et BENNET ont pu préciser, sur une série de 53 perforations l'horaire de celle-ci par rapport aux repas et dans 72,7 % des cas ils relèvent entre la perforation et les repas un délai de 3 à 5 heures.

6°) LES ANTECEDENTS FAMILIAUX D'ULCERE

Comme nous le précisions, seulement 60 des malades ont répondu au questionnaire que nous leur avions fait parvenir. Sur ces réponses nous nous sommes attachés à sélectionner celles qui étaient précises. Ainsi, ne pouvons nous retenir que 48 cas qui nous ont paru valables.

- Avaient des antécédents..... 10, soit 20,8 %
- N'avaient pas d'antécédents..... 38, soit 79,2 %

Nos constatations sont singulièrement proches de celles de MOULINIER qui, ayant recherché les antécédents familiaux d'ulcère chez 148 malades ayant présenté une perforation ulcéreuse, les retrouve dans

21,2 % de ses cas. De ce que nous savons des études menées en France sur l'hérédité dans la maladie ulcéreuse (J.J. DUBARRY, M. LEVRAT, R. DUPUY, entre autres), nous pouvons provisoirement conclure que lorsqu'il existe une notion d'ulcère familial, le risque de perforation n'apparait pas plus élevé.

° °
°

Au terme de cette étude des facteurs étiologiques de la perforation ulcéreuse, nous croyons pouvoir avancer les faits suivants :

- Un ulcère peut se perforer quel que soit l'âge du malade : la perforation n'est aucunement l'apanage du sujet jeune.
- La perforation ulcéreuse survient relativement plus souvent chez l'homme que chez la femme.
- Compte tenu de leur fréquence respective, les ulcères gastriques se perforent peut-être plus souvent que les ulcères duodénaux.
- Dans près d'un cas sur deux (42 %) la perforation se crée sur un ulcère jeune datant de 6 mois au plus.
- La notion d'ulcère familial ne semble aucunement entrer en ligne de compte dans la fréquence des perforations.
- Certains traumatismes peuvent avoir une action déclenchante.

CHAPITRE III

EVOLUTION DE L'ULCÈRE PERFORÉ SUTURÉ

Nous disposions, pour entreprendre cette étude, de 51 observations constituant la totalité des réponses à notre questionnaire. La base numériquement faible de notre travail est compensée par son homogénéité et aussi par le recul qu'elle nous permet par rapport à la date de la perforation. Ainsi, avons nous, parmi les sujets interrogés, un malade ayant subi une suture pour perforation d'ulcère il y a 38 ans. Nous possédions d'autre part de nombreux cas dont l'ancienneté de l'intervention s'étale dans le temps depuis 6 mois jusqu'à 20 ans. Ceci nous permettra de juger objectivement de l'évolution de l'ulcère suturé en fonction du recul.

Nous envisagerons successivement l'étude de nos résultats d'ensemble, puis celle des résultats en fonction de leur qualité.

I - RESULTATS D'ENSEMBLE

Sur 51 malades retenus :

- 10, soit 19,6 % des malades, n'ont plus jamais souffert après la suture de leur ulcère perforé
- 8, soit 15,7 % des malades, ont présenté des signes cliniques minimes
- 33, soit 64,7 % des malades n'ont pas été améliorés et sur lesquels 26, ont dû subir une seconde intervention.

La comparaison de nos chiffres, avec ceux relevés dans la littérature, est transcrite dans le tableau n° 7

T A B L E A U N° 7 : RESULTATS LOINTAINS APRES SUTURE

Auteurs	Nbre de cas	Recul	Guérison %	Troubles mineurs %	Récidives Total	Récidives Réopérés
MOULINIER	83	8 à 18 ans	38,5	9,7	51,8	34,9
MULLER	217	3 m. à 8 ans	32	17,2	50,8	
BREYER	93	6 m. à 6 ans	31,2		68,8	34,4
BIERRING	174	4 ans-12 ans	21,1	19,8	55,1	33,8
FORTY	70	1 an - 5 ans	45,7		54,3	14,3
WEISS	82	18 m. -7 ans	29,2		71,8	68,2
HASTINGS	360	5 ans	34,5		65,5	29,5
PALUMBO	143	13 m.-13 ans	23,1		76,9	60,8
HOUSTON	211	1 an - 10 ans	36,5		63,5	31,3
QUAST	2551	1 an - 10 ans	31		69	49
PARKER	764		50,8		49,2	18,3
CHIFFRES PERSONNELS	51	6 m. - 38 ans	19,6	15,7	64,7	50,9

CE TABLEAU INVITE A QUELQUES COMMENTAIRES : IL MONTRE QUE LE POURCENTAGE DE GUERISONS DIMINUE A MESURE QUE LE RECUL PAR RAPPORT A L'ACCIDENT PERFORATIF AUGMENTE.

D'autres auteurs n'ont pas voulu différencier les résultats moyens des mauvais, et dans le souci d'une plus grande objectivité classent les suites opératoires en deux groupes. Mais nous verrons à travers le tableau qui résume leurs conclusions que nous ne disposons pas ici de l'élément "recul", élément très important puisque le pourcentage des guérisons peut varier de 92 % à 20 % suivant que nous revoyons les malades un mois ou 5 ans après l'intervention. D'autre part, la division en deux groupes fait certainement intervenir la subjectivité du malade qui, ayant beaucoup souffert, peut ne pas tenir compte des petites douleurs persistantes. Enfin, la notion d'échec varie suivant les auteurs, certains estiment le résultat mauvais si le malade a dû subir une nouvelle intervention, d'autres, si la guérison n'est pas définitive et parfaite. D'autres, enfin, estiment le résultat satisfaisant quand le malade n'a pas présenté d'hémorragie grave ni de nouvelle perforation, ou bien même, quand l'intervention a seulement permis la survie du malade, tel GUEULETTE qui dit "je me refuse à parler d'échec de la suture lorsque le malade survit à sa perforation, car je n'attends d'elle rien de plus".

Malgré les divergences dûes en partie aux raisons que nous évoquions, l'accord se fait sur un minimum de 20 % de résultats satisfaisants après traitement conservateur. Comme le met en évidence le tableau suivant, dans toutes les statistiques, il existe une proportion notable de malades guéris une attitude sélective dans le traitement de l'ulcère perforé supposerait qu'il est possible de prévoir sur des critères précis les bons et les mauvais résultats.

Les chiffres recueillis à travers les études entreprises quant aux résultats du traitement de la perforation par suture simple peuvent se grouper de la manière suivante :

TABLEAU N° 8 : RESULTATS DU TRAITEMENT DE LA PERFORATION PAR SUTURE SIMPLE

Auteurs	Nombre de cas	Bons Résultats	Echecs
		%	%
ARDBRECHT	146	50	50
EPIFANOV	1 024	80,4	19,6
ROGERS F.A.	1 000	15	85
FONTAINE	52	78,8	21,2
MIALARET		30	70
SOOTS COMBEMALE	70	44	56

Dans le but de mettre en évidence ces critères, nous diviserons l'ensemble de nos observations en trois groupes :

a) malades considérés comme guéris

b) malades ayant ressenti des troubles mineurs

c) malades non améliorés

Dans chaque groupe nous étudierons les facteurs étiologiques et comparerons leur fréquence respective à l'intérieur du dit groupe et dans l'ensemble des ulcères perforés.

T A B L E A U N° 9

CAS	RECUL	Gr. I	Gr II	Gr III	II + III Nbre	%
3	6 mois - 1 an	2		1	1	50
18	1 an - 5 ans	4	3	11	14	77,7
11	5 ans - 10 ans	2	1	8	9	81,8
13	10 ans - 17 ans	2	3	8	11	84,6
4	17 ans - 29 ans		1	3	4	100
2	29 ans - 38 ans			2	2	100

TABLEAU SCHEMATISANT LES RESULTATS POST OPERATOIRES DES ULCERES TRAITES PAR METHODE CONSERVATRICE EN FONCTION DU RECUL.

II - GROUPE 1 - MALADES CONSIDERES COMME GUERIS

Ce groupe rassemble 10 observations de malades complètement guéris de leur ulcère après suture de la perforation. Nous étudierons dans ce groupe l'influence des différents facteurs étiologiques et les comparerons à leur fréquence dans l'ensemble des ulcères perforés.

A - INFLUENCE DE LA LOCALISATION

Parmi les 10 sujets qui n'ont pas récidivé après suture, trois ont subi une gastrectomie de principe peu de temps après leur accident aigu ; de manière à ne pas fausser les résultats, nous ne les ferons pas intervenir dans la suite de notre travail.

57 % des malades qui ont été considérés comme définitivement guéris, présentaient un ulcère duodénal, tandis que 43 % souffraient d'un ulcère gastrique. Ce tableau confirme l'opinion de QUANDALLE et RAZEMON pour qui la suture et l'aspiration dans le traitement de l'ulcère gastrique perforé réussissent moins bien que dans le traitement de l'ulcère duodénal.

Pour MOULINIER, chez les sujets qui n'ont pas de récidive, on retrouve :

64 % de localisation duodénale

7,7 % de localisation pylorique

28,3 % de localisation gastrique

Tandis que MIALARET et EDELMANN donnent 44,5 % de perforations gastriques qui ne récidivent pas pour 23,5 % seulement de duodénales. Si nous comparons le nombre de guérisons pour une localisation donnée au chiffre représentant cette localisation pour l'ensemble des ulcères, nous n'arrivons pas à la conclusion classique qui veut que la perforation gastrique

implique un pronostic légèrement plus favorable que la perforation duodénale.

En effet, dans notre étude nous constatons que sur les 7 perforations qui ne récidivent pas, 4 sont de localisation duodénale et 3 de localisation gastrique.

B - AGE DES MALADES LORS DE LA PERFORATION DE LEUR ULCERE

Nous avons divisé l'ensemble de nos 10 observations en tranches d'âge de 10 ans et reporté pour chaque tranche le pourcentage de guérison.

T A B L E A U N° 10 - INFLUENCE DE L'AGE, AUQUEL SURVIENT LA PERFORATION, SUR LA GUERISON

A G E	Ulc. perforés suturés Revus		Ulc. perforés suturés sans récidive	
	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 20 ans	1	1,9	0	0
20 ans - 29 ans	10	19,7	2	20
30 ans - 39 ans	11	21,5	1	9
40 ans - 49 ans	17	33,3	3	17,6
50 ans - 59 ans	10	19,7	4	40
60 ans - 80 ans	2	3,9		

Le tableau ci-dessus montre que le pourcentage des guérisons le plus important semble atteint quand le sujet est âgé, au moment de sa perfora-

Pour MOULINIER, l'absence de récidive est rare lorsque la perforation s'est produite avant 30 ans.

Il est à noter que trois malades de ce groupe ont subi peu de temps après leur suture une gastrectomie de principe (observations 5 - 24 - 42).

Ceci nous amène donc à corriger le tableau précédent de la manière suivante :

T A B L E A U N° 11 :

A G E S	Ulc. perforés, suturés revus	Ulc. perforés, suturés sans récidive	
		Nombre	%
Moins de 20 ans	1	0	0
20 ans - 29 ans	10	2	20
30 ans - 39 ans	11	1	9
40 ans - 49 ans	16	2	12,5
50 ans - 59 ans	8	2	25
60 ans - 80 ans	2		

Ce tableau confirme nos conclusions précédentes : les meilleurs résultats sont atteints quand la perforation se produit entre 50 et 60 ans.

C - DATE DE LA PERFORATION PAR RAPPORT AU DEBUT DE LA MALADIE

Nous discuterons successivement les deux points suivants :

l'existence ou non d'antécédents ulcéreux ; l'ancienneté de ces antécédents.

1°) - Existence ou non d'antécédents ulcéreux

Nous ne ferons pas intervenir, dans l'étude du rôle des antécédents personnels sur l'évolution de la perforation traitée par suture, les trois malades ayant subi une gastrectomie. Donc sur les 7 cas de guérison complète nous avions :

- 3 fois, soit dans 43 % des cas, des antécédents ulcéreux
- 4 fois, soit dans 57 % des cas, une absence d'antécédents.

Ceci met en évidence l'importance des antécédents personnels puisque pour ce groupe d'observations dans près des 3/5 des cas, nous n'en avions pas.

DONC LES CHANCES DE GUERISON SONT PLUS IMPORTANTES QUAND LE MALADE N'A JAMAIS RESSENTI DE DOULEURS DE TYPE ULCEREUX.

Néanmoins, les antécédents, quand ils existent, ne sont pas à priori une note péjorative ; 3 de nos 7 malades guéris en présentaient, dont 2, de longue date. Ce n'est pas là une exception, puisque sur un groupe de 39 guérisons, MOULINIER cite 5 observations où la maladie ulcéreuse s'était manifestée de 10 à 20 ans avant la perforation. Il se peut que certaines fois la perforation éteigne l'évolution de la maladie ulcéreuse.

Il semble, disait LAGOUTTE en 1920, et c'était une opinion assez couramment admise, qu'un ulcère arrivé au stade de perforation soit au terme de son évolution et guérisse spontanément après suture.

Si les faits ne confirment pas toujours cette opinion optimiste, il n'en reste pas moins que les observations citées ne représentent donc pas des exceptions cliniques.

2) - Influence de l'ancienneté des antécédents

Dans 57 % des cas où la perforation n'a pas récidivé, les antécédents sont nuls ou inférieurs à 6 mois. Les ulcères dont la perforation constitue la première manifestation ont de sérieuses chances de rester ensuite guéris

après suture. D'après BALFOUR ce sont des ulcères "qui naissent perforés et meurent suturés". Dans 85,7 % des cas les antécédents sont inférieurs à 5 ans.

T A B L E A U N° 12 : ROLE DE L'ANCIENNETE DES ANTECEDENTS ULCEREUX SUR LA GUERISON DE L'ULCERE PERFORE APRES SUTURE

Ancienneté	Ensemble des ulc. perforés, suturés		Ulc. perforés, suturés sans récidive	
	Nbre	%	Nbre	%
Nuls ou inf. à 6 mois	17	33,3	4	57,1
6 mois à 1 an	4	7,8	1	14,3
1 an à 5 ans	9	17,7	1	14,3
5 ans à 10 ans	6	11,8	0	0
10 ans à 20 ans	8	15,6	1	14,3
Plus de 20 ans	1	1,9		
Non recherchés	6	11,8		

Ce tableau confirme ce que nous disions précédemment : les chances de guérison sont meilleures en l'absence d'antécédents personnels ou bien quand ceux-ci sont très récents.

Nous noterons tout de même une guérison totale après un recul de 5 ans chez un sujet de 59 ans qui présentait des antécédents anciens puisqu'il avait déjà subi une gastro-entérostomie à l'âge de 20 ans.

Mr. BER... 65 ans (observation n° 8)

A des antécédents ulcéreux familiaux

A subi une gastro-entérostomie à l'âge de 42 ans

Suit, plus ou moins régulièrement un régime

A l'âge de 59 ans éclate la perforation d'un ulcère peptique de la bouche de gastro-entérostomie. Ce malade est traité par suture et depuis, il ne ressent plus aucune douleur.

Cette observation est d'autant plus intéressante que l'apparition d'un ulcère post-opératoire est classiquement en faveur d'une évolution sévère du processus ulcéreux d'une part, et que ce malade a, en plus des antécédents personnels, des antécédents familiaux d'autre part. Il réunirait donc théoriquement toutes les conditions pour être une exception s'il n'était pas âgé de 59 ans au moment de sa perforation. Ainsi entre-t-il dans cette tranche d'âge la plus favorisée pour évoluer de manière satisfaisante.

D - INFLUENCE DU TRAITEMENT

Des 10 malades qui composent ce groupe, nous éliminerons les 3 gastrectomies de principe par souci d'objectivité.

Nous noterons que sur les 7 observations restantes, 4 font part d'une perforation d'emblée et trois autres mentionnent des antécédents en précisant que dans deux cas un traitement médical avait précédé l'accident.

Nous nous bornerons à constater que parmi les malades ayant des

antécédents ulcéreux et dont la suture a été suivie de succès, 2 sur 3 avaient subi un traitement médical avant l'intervention.

E - RECUL PAR RAPPORT A LA DATE DE LA PERFORATION

TABLEAU N° 13 : POURCENTAGE DE GUERISON EN FONCTION DU RECUL PAR RAPPORT A LA SURVENUE DE LA PERFORATION

Recul	Ensemble des ulcères revus	Ulc. perforés, suturés sans récidive	
		Nbre	%
6 mois à un an	3	2	66,6
1 an à 5 ans	18	4	22,2
5 ans à 10 ans	11	1	9

Ce tableau concorde avec les chiffres retrouvés dans la littérature et met en évidence que les récidives sont d'autant plus nombreuses que le recul est plus grand :

- QUAST compte 48,6 % de sujets semblant guéris après un an et 31 % après 10 ans.
- ILLINGWORTH - SCOTT et JAMIESSON ont pu suivre 596 opérés par suture.

1 an après l'intervention 60 % pouvaient être considérés comme guéris. Revus 5 ans après on ne compte plus que 30 % de bons résultats.

- MIALARET et EDELMANN donnent les chiffres suivants : 1 mois

après l'intervention 92 % de guérison, 6 mois plus tard 76 %, à la fin de la première année 63 %, 7 ans après 26,5 %

° °
°

Au terme de l'étude du groupe des malades considérés comme guéris, nous constatons que les meilleurs résultats semblent acquis quand le malade :

- est âgé de 50 à 60 ans au moment de la perforation
- a présenté une perforation d'emblée ou quelques semaines après les premières manifestations de la maladie ulcéreuse.

° °
°

III - GROUPE II - PERSISTANCE DE TROUBLES MINEURS

Nous consignons dans ce chapitre la série d'observations correspondant aux malades qui souffrent, après leur intervention, de douleurs qu'ils qualifient eux-mêmes de très supportables ou d'infiniment moins importantes que celles ressenties avant l'intervention.

Sur la série des 51 réponses obtenues, nous avons retenu 8 d'entre elles pour la composition de ce groupe, soit 15,6 % de l'ensemble de nos observations. MULLER constate dans son étude des résultats à long terme un pourcentage de 17,2 % de troubles mineurs ; BIERRING, pour sa part, donne le chiffre de 19,8 %

A l'unanimité, les 8 malades définissent eux-mêmes leurs douleurs qu'ils décrivent comme des "brûlures". Ainsi se pose le problème de la gastrite.

Nous essaierons, en étudiant l'influence de l'âge, des antécédents ulcéreux ainsi que la localisation, de juger de l'importance de l'un ou plusieurs de ces éléments étiologiques sur l'obtention de résultats moyens.

A - LOCALISATION

Nous signalerons que les 8 malades considérés présentaient des ulcères duodénaux. Mais il semble difficile ici de tirer des conclusions sur le rôle de la localisation dans l'évolution à long terme des ulcères traités par méthode conservatrice.

B - AGE DES MALADES LORS DE LA PERFORATION DE LEUR ULCERE

Nous avons divisé l'ensemble de nos observations en tranches d'âge de 10 ans et reporté pour chaque tranche le pourcentage de perforation.

Le tableau ci après confirme le correspondant du groupe 1 en ce sens que le pourcentage le plus important de troubles mineurs post-opératoires, ce qui somme toute est un résultat souhaitable, est atteint quand le malade perfore entre sa cinquantième et soixantième année.

T A B L E A U N° 14 : INFLUENCE DE L'AGE DE SURVENUE DE LA PERFORATION SUR LES SUITES OPERATOIRES DES ULCERES PERFORES, TRAITES PAR SUTURE.

A G E	Ensemble des ulcères perforés		Ulcères perforés avec troubles mineurs après suture	
	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 20 ans	1	1,9	0	0
20 ans à 29 ans	10	19,4	1	10
30 ans à 39 ans	11	21,6	1	9
40 ans à 49 ans	17	33,3	3	17,5
50 ans à 59 ans	10	19,2	3	30
60 ans à 80 ans	2	3,9		

C - DATE DE LA PERFORATION PAR RAPPORT AU DEBUT DE LA MALADIE

Dans le groupe précédent qui réunissait les malades considérés comme guéris après la suture de leur perforation, nous ne retrouvions pas, dans 57 % des cas, la notion d'antécédents ulcéreux personnels.

Parmi les sujets n'étant pas guéris complètement, mais chez qui les résultats sont moyens, nous relevons dans 87,5 % des cas, la présence de douleurs de type ulcéreux avant la survenue de la perforation.

Les tableaux récapitulatifs des résultats obtenus en fonction des antécédents personnels mettent bien en évidence l'importance de ceux-ci sur les suites opératoires. Nous pouvons donc prévoir chez un sujet présentant des signes cliniques d'ulcère puis une perforation plus tard, des risques de récidives après traitement par suture simple. Bien sûr, nous rappelerons ici avoir constaté des cas de guérison complète chez des malades au passé ulcéreux ancien ; mais ce sont là des constatations faites à posteriori qui ne peuvent en rien intervenir dans les indications de traitement par suture.

D - TRAITEMENT

Nous nous bornerons à constater que trois malades de ce groupe avaient suivi un traitement médical anti-ulcéreux avant l'accident aigu.

IV - GROUPE III - MALADES NON AMELIORES

Nous avons réuni dans ce groupe l'ensemble des observations des malades ayant récidivé après traitement conservateur de leur première perforation. Les divergences d'opinions quant aux résultats éloignés tiennent essentiellement à la durée variable de l'observation et au caractère subjectif de l'appréciation par le chirurgien et le malade.

La sédation temporaire des douleurs est la règle après la suture. Les publications qui se basent sur une observation suffisamment prolongée pour pouvoir parler de résultats durables sont exceptionnelles mais instructives. Nous avons retenu 33 observations de malades qui, une fois leur perforation suturée, ont présenté dans les mois ou les années qui ont suivi des signes cliniques en relation avec une reprise de leur syndrome ulcéreux.

L'étude de ce groupe est très importante car des conclusions découle en partie l'attitude thérapeutique au moment de la perforation. Nous verrons :

- l'influence des éléments étiologiques sur la récidive
- les diverses modalités de la récidive
- le délai entre la perforation et le début de la récidive
- le délai entre la perforation et le traitement de la récidive
- le résultat de ce traitement.

A - S E X E

Nous retrouvons une femme pour 32 hommes, soit environ 3 % de femmes pour 97 % d'hommes. La comparaison de ces chiffres avec ceux que nous donnions dans l'étude générale de l'étiologie des ulcères perforés

montre que le sexe ne semble pas particulièrement influencer l'évolution de l'ulcère.

B - LOCALISATION

Dans nos 33 cas de récidives, nous avons recherché la localisation de l'ulcère perforé traité par suture.

T A B L E A U N° 15 : POURCENTAGE DES RECIDIVES EN FONCTION DE LA LOCALISATION DE L'ULCERE PERFORE

Localisation	Ensemble des ulcères perforés		Récidives	
	Nombre	%	Nombre	%
DUODENALE	63	55,6	18	54,5
GASTRIQUE	39	32,6	14	40,5
PYLORIQUE	13	11,2	1	3

Pour MIALARET et EDELMANN l'influence de la localisation est minime puisque 44,5 % des récidives se voient sur les ulcères gastriques et 49 % sur les ulcères duodénaux, tandis que pour PEYCELON et H. DUJOL "tout porte à croire que les risques de continuation d'évolution ou de récidive à distance restent énormes chaque fois qu'il s'agit d'un ulcère de la région duodénale".

Constatant pour notre part, que pour une localisation donnée, gastrique ou duodénale, le pourcentage de récidives est approximativement identique au pourcentage des perforations, nous nous rangerons de l'avis

de MM. MIALARET et EDELMANN.

C - AGE DES MALADES LORS DE LA PERFORATION DE LEUR ULCERE

Nous avons étudié l'influence de l'âge en recherchant le pourcentage de récidives par rapport à l'ensemble des ulcères perforés suturés, revus, puis par rapport au total des ulcères perforés situés dans la même tranche d'âge.

T A B L E A U N° 16 : INFLUENCE DE L'AGE DE SURVENUE DE LA PERFORATION SUR LES SUITES OPERATOIRES DE L'ULCERE PERFORE TRAITE PAR SUTURE.

A G E	Ensemble des ulcères perforés		Ulc. perforés suivis de récidive	
	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 20 ans	1	1,9	1	3
20 ans à 29 ans	10	19,2	7	21,2
30 ans à 39 ans	11	21,1	9	27,3
40 ans à 49 ans	17	32,7	11	33,3
50 ans à 59 ans	10	19,2	3	9
60 ans à 80 ans	2	5,9	2	6

Nous constatons que dans 85 % des cas où il y a récidive, la perforation s'est manifestée avant 50 ans.

T A B L E A U N° 17 : POURCENTAGE DE RECIDIVES A L'INTERIEUR DE CHAQUE TRANCHE D'AGE

A G E	Ensemble des ulc. perforés	Ulcères perforés ayant récidivé	Pourcentage
Moins de 20 ans	1	1	100
20 ans à 29 ans	10	7	70
30 ans à 39 ans	11	9	81,2
40 ans à 49 ans	17	11	64,7
50 ans à 59 ans	10	3	30
60 ans à 80 ans	2	2	100

Ce tableau a une importance capitale , puisqu'il permet pour un âge donné de prévoir les chances de guérison ou de récidive.

Nous constatons que le pourcentage le plus faible de reprise du syndrome ulcéreux se trouve situé dans la tranche d'âge 50 - 60 ans.

Nous retrouvons ici un fait déjà constaté lors de l'étude du groupe des malades considérés comme guéris : LA TRANCHE D'AGE LA PLUS FAVORISEE QUANT AU BON PRONOSTIC QU'ELLE PERMET EST SITUEE ENTRE 50 et 60 ans.

Par contre, les sujets très jeunes, et ceux de plus de 60 ans ne sont nullement améliorés par la suture. Nos chiffres sont conformes à l'opinion de ILLINGWORTH et SCOTT qui obtiennent de meilleurs résultats chez les malades âgés (sans précision d'âge) et aux travaux de MOULINIER qui retrouve le pourcentage le plus bas de récidive, soit 13,5 % chez les sujets ayant de 50 à 60 ans.

D - DATE DE LA PERFORATION PAR RAPPORT AU DEBUT DE LA MALADIE

28 malades ont pu nous préciser la présence, ou non, d'antécédents ulcéreux et quand ils existaient, leur ancienneté. Nous avons retrouvé :

- 21 fois des antécédents ulcéreux personnels, soit dans 75 % des cas
- 7 fois l'absence d'antécédents ulcéreux, soit dans 25 % des cas.

Nos chiffres diffèrent peu de ceux de De MOURGUES pour qui, 24,7 % de récidives se voient chez les malades qui n'ont jamais souffert avant leur perforation. DEBREZ et BOTTIN d'une part, GAUDRY d'autre part, donnent quant à eux respectivement, les chiffres de 14 % et de 10 %. MOULINIER retrouve des antécédents dans 72,6 % des cas de récidives.

DONC LA RECIDIVE EST PLUS FREQUENTE CHEZ LES MALADES QUI PRESENTAIENT DES ANTECEDENTS ULCEREUX AVANT LEUR PERFORATION.

E - ANCIENNETE DES ANTECEDENTS

Nous nous proposons, à partir des antécédents, d'étudier l'influence de leur ancienneté par rapport à l'accident aigu sur l'évolution de la perforation suturée. Nous avons groupé ci-après, l'essentiel de nos constatations :

T A B L E A U N° 18 : ROLE DE L'ANCIENNETE DES ANTECEDENTS ULCEREUX SUR LA RECIDIVE

Ancienneté	Ensemble des ulcères perforés		Ulcères perforés suivis de récidives	
	Nombre	%	Nombre	%
Nul ou inf. à 6 mois	17	33,3	11	33,3
6 mois à 1 an	4	7,8	3	9
1 an à 5 ans	9	17,7	5	15,1
5 ans à 10 ans	6	11,8	5	15,1
10 ans à 20 ans	8	15,6	3	9
Plus de 20 ans	1	1,9	1	3
Non recherchés	6	11,8	5	15,1
Total	51	100	33	100

Ce tableau nous montre que les sujets dont les antécédents ulcéreux sont nuls ou inférieurs à 6 mois au moment de la perforation sont proportionnellement les plus enclins à récidiver. Nos chiffres sont supérieurs à ceux de ROUSSELIN qui mentionne :

8 malades sans antécédents : il obtient

- 6 fois un résultat excellent
- 1 fois un résultat moyen
- 1 fois un mauvais résultat

19 malades aux antécédents plus ou moins anciens : il obtient

- 6 résultats excellents
- 6 résultats moyens
- 7 mauvais résultats

Ils sont par contre inférieurs à ceux de HOUSTON qui obtient chez 73 malades à antécédents nuls ou inférieurs à un an 41 mauvais résultats soit 56,1 % pour 33 résultats excellents.

Il conviendra néanmoins de remarquer que HOUSTON divise ses résultats en deux groupes : "réussite" et "échec"; nous intercalions pour notre part une classe de résultats moyens. Peut-être est-ce là l'explication de la différence des pourcentages obtenus.

MOULINIER, quant à lui, donne 38,9 % de mauvais résultats chez les malades dont les antécédents ulcéreux sont nuls ou inférieurs à 6 mois au moment de la perforation. Notons que ce même auteur mentionne 4,2 % de récidives chez les sujets dont les antécédents datent de 6 mois à 1 an, et 27 % chez ceux qui souffrent depuis 1 à 5 ans.

Ces chiffres, sans être absolument identiques aux nôtres, peuvent se classer comme ceux que nous obtenions, suivant un ordre croissant de risque.

récidives en fonction de l'ancienneté des antécédents.

- Antécédents datant de 6 mois à 1 an : risque de récidive +
- Antécédents datant de 1 à 5 ans : risque de récidive ++
- Antécédents nuls ou inférieurs à 6 mois : risque de récidive +++

Nous avons vu, en étudiant le groupe I que les sujets à passé ulcéreux absent ou récent étaient les plus favorisés quant aux chances de guérison. La conclusion de cette étude de l'influence des antécédents sur les récidives ne contredit en rien ce point.

Nous pouvons dire, en fonction de l'échantillon dont nous disposions que LES MALADES POUR QUI LA PERFORATION EST LA REVELATION OU LA BRUTALE EVOLUTION D'UN ULCERE RECENT SERONT OU BIEN DEFINITIVEMENT GUERIS OU BIEN AUCUNEMENT AMELIORES PAR LA SUTURE.

F - MODALITE DES RECIDIVES

Nous avons interrogé nos malades sur les signes cliniques qu'ils présentaient au moment de leur récidive.

Nous trouvons :

- 23 fois, soit dans 70 % des cas : douleurs ulcéreuses
- 4 fois, soit dans 12 % des cas : une sténose
- 3 fois, soit sans 9 % des cas : une hémorragie
- 1 fois, soit dans 3 % des cas : une perforation d'ulcère peptique
- 1 fois, soit dans 3 % des cas : un ulcère ayant changé de localisation
- 1 malade nous a donné une réponse imprécise.

1) Syndrome ulcéreux

Les douleurs ulcéreuses constituent le mode le plus fréquent de récidive. Elles sont le plus souvent à type de crampes, de siège épigastrique, d'apparition post-prandiale. Certains malades précisent même leur intermittence avec poussées douloureuses au printemps et en automne.

2) Complications

a - Sténose : il aurait été très intéressant de discerner dans les 4 sténoses réunies, la part qui revenait à la suture elle-même du fait du retrécissement post-opératoire qu'elle peut entrainer, de la part qui revenait à la sténose ulcéreuse vraie préexistant à la perforation ou se constituant au moment de celle-ci pour s'aggraver ensuite. Mais rien, dans les compte-rendus opératoires ne nous a permis de conclure.

b - Hémorragies : nous en retrouvons 3 cas dans les suites opératoires chez des sujets traités de leur perforation par suture.

Notons, que peut-être par un effet du hasard, elles sont toutes trois survenues 8 ans après l'intervention :

- DRO... G. 59 ans (Obs. 19)
  perforation en 1955 à l'âge de 47 ans
  MOELENA, en 1963

- CEZ... J. 55 ans (Obs. 18)

  perforation en 1954 à l'âge de 42 ans

  HEMATEMESE EN 1962

- AND... P. 59 ans (Obs. 1)

  perforation en 1959 à l'âge de 51 ans

  HEMATEMESE + MOELENA en 1966.

c - Perforation d'ulcère peptique : nous en rapportons un cas. Notons que nous ne possédons pas d'exemple de perforation récidivante et ceci n'a rien pour nous étonner quand on sait que :

PEARSE en signale 33 cas sur 4 138 perforations soit : 0,7 %

SHAWAN en signale 2 cas sur 87 perforations soit : 2,3 %

MIALARET - EDELMANN n'en rapportent que : 1 %

d - Nouvelle localisation ulcèreuse : résumons l'observation n° 2 :

- BAB... M. 53 ans

  perforation, éclate à l'âge de 35 ans

  quelques mois plus tard, réapparition de douleurs à type de crampe, une radiographie de l'estomac montre alors un ulcère de la petite courbure.

Doit-on dans ce cas parler d'évolutivité de l'ulcère ou d'évolution du processus ulcéreux ?

G - DELAI ENTRE LA PERFORATION ET LE DEBUT DE LA RECIDIVE

Nous nous sommes efforcés d'évaluer le temps de latence entre la perforation et la reprise du syndrome ulcéreux. Le tableau ci-dessous nous montre que le 1/3 des récidives éclate dans les 6 mois qui suivent l'intervention. Près de 58 % des malades rechutent dans la première année. Nos

chiffres sont conformes à ceux de MOULINIER pour qui 75,2 % des récidives ont lieu dans les 5 premières années.

T A B L E A U N° 19 : POURCENTAGE DE RECIDIVES EN FONCTION DE L'ANCIENNETE DE LA PERFORATION.

L A T E N C E	NOMBRE	POURCENTAGE
Nulle ou inf. à 6 mois	11	33,3
6 mois à 1 an	8	24,2
1 an à 5 ans	4	12,1
5 ans à 10 ans	3	9
10 ans à 20 ans	4	12,1
Imprécis	3	9

H - AGE DE LA PERFORATION DONT LA RECIDIVE ENTRAINE UNE REINTERVENTION.

Parmi les malades revus, 26 ont présenté des troubles post-opératoires tels, qu'ils ont exigé une seconde intervention. Celle-ci a consisté dans presque tous les cas en une gastrectomie. Nous nous sommes demandés si l'âge au moment de la perforation influençait ou pas la nécessité d'une gastrectomie secondaire.

T A B L E A U N° 20 : INFLUENCE DE L'AGE DE SURVENUE DE LA PERFORATION SUR LA RECIDIVE NECESSITANT UNE REINTERVENTION.

A G E	Ensemble des ulcères revus	Réinterventions	
		Nombre	Pourcentage
Moins de 20 ans	1	1	100
20 ans à 29 ans	10	5	50
30 ans à 39 ans	11	5	45,5
40 ans à 49 ans	17	10	59
50 ans à 59 ans	10	3	30
60 ans à 80 ans	2	1	50

A la lecture du tableau précédent nous constatons, et cela confirme nos observations précédentes, que la tranche d'âge la plus favorisée est celle comprise entre 50 et 60 ans ; en effet, parmi les sujets de cet âge, 30 % doivent subir une réintervention alors que 60 % de ceux de la tranche d'âge précédente doivent connaître le même sort.

I - DELAI ENTRE LA PERFORATION ET LA REINTERVENTION

Plus de 30 % des sujets qui doivent subir une deuxième intervention ont à le faire durant les 12 premiers mois et 58 % dans les 5 premières années, qui suivent la perforation. Il ne faut pas penser pour cela, devant

un malade qui souffre peu ou pas, durant ces 5 années, que le danger est passé ; dans 8 % des cas en effet, la gastrectomie survient plus de 15 ans après la suture.

RESULTATS DE LA REINTERVENTION SECONDAIRE

21 malades nous ont donné des précisions à ce sujet :

- 9 malades constatent la disparition totale de leurs douleurs
- 12 malades considèrent les résultats obtenus comme étant moyens mais supérieurs à ceux de la suture.

LA GASTRECTOMIE SECONDAIRE AMELIORE DONC GRANDEMENT LES MALADES MECONTENTS DE LA SUTURE.

J - TRAITEMENT

Nous nous bornerons à constater que 7 malades de ce groupe soit 22 % seulement avaient été traités médicalement pour leur ulcère avant la survenue de la perforation.

o o
o

Au terme de l'étude de ce groupe de malades, nous constatons que les plus mauvais résultats se retrouvent quand le malade :

- EST AGE DE MOINS DE 20 ANS

- MAIS PRESENTE DES ANTECEDENTS ULCEREUX PERSONNELS RECENTS

Mais la perforation étant rare chez les sujets de moins de 20 ans, nous ferons abstraction de ce groupe et dirons que la suture fait courir un risque d'échec quand elle est effectuée chez un malade :

- AGE DE 20 A 50 ANS

- DONT LES ANTECEDENTS PERSONNELS SONT TRES RECENTS OU DATENT DE 1 A 10 ANS

- QUI SOUFFRE D'UN ULCERE GASTRIQUE OU DUODENAL

CHAPITRE IV

EVOLUTION DE L'ULCERE PERFORE ASPIRE

Parmi les malades interrogés, 9 seulement, de ceux qui avaient été traités de leur ulcère perforé par aspiration ont répondu. Ce lot, trop insuffisant ne nous permettra pas d'entreprendre une étude sérieuse et objective ; néanmoins, nous avons tenu à faire une enquête parallèle à celle réalisée pour les ulcères perforés traités par suture. Sans avoir la prétention de tirer des conclusions, nous nous bornerons à verser nos constatations au dossier des perforations d'ulcères traités par méthode conservatrice.

Comme précédemment, nous avons divisé notre lot de 9 malades en trois groupes correspondant respectivement aux malades considérés comme guéris, à ceux pour qui les résultats sont moyens et enfin aux malades pour qui l'aspiration s'est révélée être un échec :

- Groupe I : 5 malades
- Groupe II : 1 malade
- Groupe III : 3 malades

I - LOCALISATION

Nous avons recherché la localisation de la perforation ulcéreuse chez les 9 malades traités par aspiration :

- 7 fois il s'agissait d'un ulcère duodénal
- 1 fois il s'agissait d'un ulcère gastrique
- 1 fois le siège n'a pu être précisé.

Nous nous bornerons à constater que les malades considérés comme

guéris ont tous présenté un ulcère du duodénum.

II - AGE DES MALADES ULCEREUX AU MOMENT DE LEUR PERFORATION

Parmi les 5 malades considérés comme guéris deux étaient âgés de 20 à 30 ans ; un, de 40 à 50 ans et 2 autres, de 50 à 60 ans. Si nous divisons l'ensemble des ulcères perforés traités par aspiration en tranche d'âge de 10 ans et reportons à l'intérieur de chaque tranche d'âge le pourcentage des guérisons, nous obtenons le tableau suivant :

T A B L E A U N° 21

A G E	Ulcères perforés aspirés	Bons résultats
Moins de 20 ans		
20 ans à 29 ans	3	2
30 ans à 39 ans	1	0
40 ans à 49 ans	2	1
50 ans à 59 ans	2	2
60 ans à 80 ans	1	0

Ces chiffres confirment le tableau correspondant obtenu dans le traitement des ulcères perforés traités par suture simple : LES MEILLEURS RESULTATS SONT ACQUIS QUAND LE MALADE EST AGE DE 50 A 60 ANS AU MOMENT DE SA PERFORATION.

III - DATE DE LA PERFORATION PAR RAPPORT AU DEBUT DE LA MALADIE

L'enquête effectuée auprès des 5 malades guéris à la recherche des antécédents ulcéreux et de leur ancienneté quand ils existent, nous apprend que pour 3 d'entre eux il s'agissait d'une perforation survenue d'emblée alors que les deux autres souffraient de douleurs post-prandiales épigastriques à type de crampe depuis moins d'un an.

Bornons nous à constater que chez tous les malades guéris, les antécédents ulcéreux sont nuls ou relativement récents.

o o
o

En conclusion nous constatons que le traitement par aspiration semble avoir les plus grandes chances de succès quand :

- LE MALADE EST AGE DE 50 A 60 ANS AU MOMENT DE SA PERFORATION
- LA PERFORATION SURVIENT D'EMBLEE OU LES ANTECEDENTS ULCEREUX SONT RECENTS
- L'ULCERE EST DE LOCALISATION DUODENALE

o o
o

Il semble que, grossièrement, les résultats obtenus après méthode conservatrice sont à peu près les mêmes, qu'il s'agisse de la suture ou de l'aspiration.

CHAPITRE V

DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

De l'analyse des différents résultats que nous avons notés chez nos malades, il apparait qu'il faille retenir deux points principaux :

- Il ne semble pas que le traitement conservateur modifie profondément le profil évolutif de la maladie ulcéreuse chez un sujet donné. Nous avons des exemples où, d'emblée, le sujet est entré dans sa maladie par une perforation et pour lequel la suture a provoqué une guérison définitive ou du moins, un répit de nombreuses années. Par contre, les vieux ulcères continueront dans l'ensemble à évoluer, à rester douloureux après suture d'une perforation. Cette notion évolutive nous parait fondamentale vis-à-vis de l'appréciation de la conduite à tenir vis-à-vis d'un ulcère perforé.

- La seconde remarque concerne le fait et l'efficacité du traitement médical. Nous avons constaté que 66 % des sujets ayant des antécédents ulcéreux, et qui furent "guéris" par méthode conservatrice, avaient suivi un traitement médical avant leur perforation. Nous retrouvons chez les malades améliorés la notion d'un traitement médical avant la perforation dans 38 % des cas, tandis que 21 % seulement des sujets qui avaient eu des récidives ulcéreuses après traitement chirurgical avaient subi un traitement médical avant leur accident. Ces chiffres tendent à montrer l'utilité et l'importance d'un traitement médical. Mais là encore ce fait s'inscrit dans le cadre de la maladie ulcéreuse en général et n'est pas en rapport direct avec l'acte de suture ou d'aspiration.

o o

o

Ces deux remarques étant faites, la survenue d'une perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal constitue, en soi-même, un accident grave pour lequel il faudrait tenter de définir une politique à court et à long terme.

Autrefois, la tendance s'était dégagée de gastrectomiser systématiquement tout ulcère perforé, soit d'emblée, soit quelques semaines après la suture. En fait, depuis de nombreuses années déjà, les chirurgiens ont adopté des attitudes beaucoup plus éclectiques. Et le problème se pose de savoir si l'on doit tenter un acte chirurgical à visée curatrice dès la première intervention.

Cela revient à préciser la conduite à tenir devant un ulcère perforé

o o
o

La perforation d'un ulcère réalise un tableau dramatique qui impose la mise en observation d'urgence dans un service de chirurgie.

1) La constatation d'une contracture musculaire prédominant dans le secteur sus-ombilical doit être suivie immédiatement d'un examen radiologique sans préparation, qui a pour but de mettre en évidence le pneumopéritoine. Celui-ci est observé dans 90 % des cas : lorsqu'il existe, le diagnostic de perforation viscérale est formel ; par contre, son absence ne doit pas faire éliminer formellement une perforation.

2) Le diagnostic de perforation étant acquis ou très probable, le malade doit être alors mis en aspiration.

3) Celle-ci procure pour le moins un répit que l'on doit mettre à profit pour obtenir un certain nombre de renseignements qui seront capitaux

pour la conduite à tenir ultérieurement.

Ces renseignements seront tirés à la fois de l'état général du malade, de l'anamnèse, de la réponse du sujet au traitement aspiratif.

a) - L'état général du malade est un élément très important. On tiendra compte d'un certain nombre de points :

- l'âge : il permettra au chirurgien de se faire une opinion à priori sur les risques d'un choc opératoire éventuel
- la recherche d'une tare, qu'il s'agisse d'un diabète, d'une lésion pulmonaire, d'une affection cardio-vasculaire, d'un alcoolisme chronique.

b) - L'étude de l'anamnèse n'est pas moins importante. Il s'agit ici de situer la perforation dans le cadre de la maladie ulcéreuse. Il est donc essentiel de savoir si la perforation est un accident inaugural, ou si elle s'inscrit au contraire comme un élément évolutif, comme la complication d'un ulcère évoluant depuis plus ou moins longtemps. Il est alors important de savoir si cet ulcère a été diagnostiqué, quelle est sa localisation, s'il a été suivi et traité régulièrement. En effet, la conduite à tenir risque d'être fort différente selon qu'on a affaire à un ulcère jeune, récent, ou à un ulcère ancien, à multiples rebondissements évolutifs mal contenus par un traitement médical plus ou moins bien suivi.

Dans ce cadre, il est important de tenir compte de l'état social du malade. Car si l'on opte ultérieurement pour une attitude médicale, celle-ci n'est logique que dans la mesure où l'ulcéreux est dans la possibilité de suivre régulièrement un traitement correct pendant une période prolongée.

c) - La réponse au traitement aspiratif : l'aspiration doit entrainer une amélioration très rapide, quasi immédiate.

Si la réponse du malade à ce traitement est positive, on est en droit de surseoir à une intervention, ce qui permettra ultérieurement de faire un examen radiologique correct et de préciser au mieux l'état des lésions.

Si par contre l'aspiration ne procure pas une amélioration évidente et rapide, si d'autre part le diagnostic est incertain, éventualité qui n'est pas exceptionnelle, l'intervention doit être alors imposée.

° °
°

C'est dans ces conditions précises que le chirurgien est amené à intervenir par voie sanglante et à poser les indications de son acte chirurgical. Il faut à notre sens distinguer les problèmes tout à fait différents que posent les ulcères gastriques (canal pylorique compris) et les ulcères duodénaux.

1) Devant un ulcère gastrique perforé, l'alternative est simple : suture ou gastrectomie.

a) - La suture nous parait indiquée, compte-tenu des constatations que nous avons faites au cours de ce présent travail, chez les sujets de plus de 50 ans dont les antécédents ulcéreux sont nuls ou récents, en particulier chez les sujets âgés, tarés, en mauvais état général, pour qui la gastrectomie comporterait un risque important.

b) - La gastrectomie nous parait indiquée chez les sujets plus jeunes qui ont des antécédents ulcéreux plus ou moins

anciens. On peut estimer, surtout s'ils ont subi auparavant des traitements anti-ulcéreux, que la suture ne procurera aucunement la guérison de leur ulcère et que le mieux est dans ces conditions de faire une gastrectomie d'emblée. L'indication à une gastrectomie peut aussi être d'ordre local ; ce type d'intervention doit être pratiqué lorsqu'on a affaire à un gros ulcère calleux que la suture risquerait de mal colmater.

2) Devant un ulcère duodénal perforé, les problèmes sont plus complexes. Trois alternatives sont possibles :

- la suture simple
- la gastrectomie
- la vagotomie avec pyloroplastie ou gastro-entérostomie

a) - La suture simple. C'est la solution qui est adoptée par la majorité des chirurgiens. On peut, là encore, estimer qu'un ulcère jeune ou perforé d'emblée, qu'un sujet âgé d'au moins 50 ans, que les ulcéreux tarés ou en mauvais état général constituent l'indication d'une suture simple.

b) - La gastrectomie d'emblée n'est actuellement pratiquée que par peu de chirurgiens, non pas tellement parce qu'elle constitue une agression chirurgicale plus sévère que la suture, mais parce qu'elle constitue une mutilation définitive que d'autres procédés chirurgicaux peuvent éviter.

c) - La vagotomie d'emblée. Il est évidemment très tentant d'envisager une intervention qui vise le traitement à la fois de la perforation et de l'ulcère duodénal. Aussi, actuellement certains chirurgiens, après avoir suturé la perforation, pratiquent-ils, dans le même temps opératoire

une vagotomie couplée à une pyloroplastie ou à une gastro-entérostomie. Il nous apparait que, dans les cas où le terrain est résistant, cette attitude semble logique. Mais actuellement le nombre de malades traités par ce procédé est, en France du moins, trop peu élevé pour qu'on puisse tirer des conclusions définitives.

° °
°

Quel qu'ait été le geste thérapeutique choisi pour traiter la perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal, il reste indispensable de ne pas perdre de vue le malade.

1) S'il y a eu un traitement conservateur, (aspiration ou suture) le malade reste un ulcéreux et nous avons vu que la perforation d'un ulcère s'inscrit comme un accident d'une maladie dont il ne semble pas modifier l'évolution générale. Il devient donc indispensable, dans ces conditions, d'instituer un traitement anti-ulcéreux actif de longue haleine, en tâchant de faire comprendre au malade son importance et la nécessité d'une thérapeutique continue. C'est en fonction des résultats (ou plus simplement de la possibilité même) d'un traitement de ce genre que l'on pourra, dans un second temps, s'en tenir à la poursuite du traitement médical ou au contraire être amené à proposer une intervention à visée curatrice.

2) S'il y a eu traitement chirurgical à visée curatrice (gastrectomie, vagotomie) il faut poursuivre la surveillance du malade surtout dans les deux premières années qui suivent l'intervention, de façon à pallier les incidents qui peuvent survenir et à conseiller une diététique appropriée.

CONCLUSION

A partir de 115 observations d'ulcères gastriques et duodénaux perforés, traités par méthode conservatrice (suture ou aspiration), nous avons cherché à connaitre le devenir de ces malades pour tenter de définir une ligne de conduite thérapeutique. Une enquête complète a pu être faite dans 60 cas (51 suturés, 9 aspirés), série peu importante, mais homogène et précise.

I - Sur le plan étiologique, les connaissances classiques ont été confirmées ou précisées :

- la perforation ulcéreuse s'observe surtout chez l'homme (94 % des cas)
- un ulcère peut se perforer quel que soit l'âge du malade : la perforation n'est aucunement l'apanage du sujet jeune.
- par contre, dans près d'un cas sur deux (42 %) la perforation se crée sur un ulcère jeune, datant de 6 mois au plus.
- compte tenu de leur fréquence respective, les ulcères duodénaux ne se perforent relativement pas plus que les ulcères gastriques
- la notion d'ulcère familial ne semble aucunement entrer en ligne de compte dans la fréquence des perforations.

II - Les résultats lointains après traitement conservateur semblent à peu près les mêmes, qu'il s'agisse de la suture ou de l'aspiration.

Les meilleurs résultats semblent acquis quand le malade est âgé d'au moins 50 ans au moment de sa perforation, et s'il s'agit d'une perforation survenant d'emblée ou quelques semaines après les premières manifestations de la maladie ulcéreuse.

Par contre, il faut s'attendre à des résultats lointains décevants s'il s'agit d'un sujet jeune, ou d'un sujet dont le début de la maladie ulcéreuse remonte à plus d'un an.

III - La conduite thérapeutique : "Le traitement doit être éclectique et les indications thérapeutiques doivent être discutées à propos de chaque cas pour tenir compte des avantages de chaque méthode, et des multiples facteurs dont dépendent les résultats immédiats et lointains" (BRIZON). La conduite thérapeutique dépendra de l'étude d'un certain nombre de coordonnées : essentiellement l'âge de l'ulcéreux, l'âge de l'ulcère, la notion d'un traitement médical préalable et la réponse du malade à ce traitement.

Si le diagnostic de perforation ulcéreuse est certain, l'aspiration semble un geste immédiat logique, pour mieux permettre la constitution d'un dossier complet. Mais la réponse à ce traitement doit être franche et rapide.

Dans le cas contraire, l'intervention sera pratiquée.

- la suture parait alors indiquée chez les sujets âgés de plus de 50 ans dont les antécédents ulcéreux sont nuls ou récents, en particulier chez les sujets âgés et tarés.
- l'intervention à visée curatrice parait indiquée chez les sujets plus jeunes ou qui ont des antécédents ulcéreux plus ou moins anciens : gastrectomie dans le cas d'un ulcère gastrique ; gastrectomie encore s'il s'agit d'un ulcère duodénal, à moins qu'on ne puisse faire dans certains cas et en prenant de grandes précautions une suture couplée à une vagotomie et à une pyloroplastie ou à une gastro-entérostomie.

OBSERVATIONS

Nous faisons figurer dans les tableaux ci-après les observations correspondant aux réponses des malades au questionnaire que nous leur avons fait parvenir.

Nous avons divisé les réponses en trois parties, conformément à l'ordre dans lequel étaient posées les questions :

AVANT LA PERFORATION

- Dans la colonne I, nous mentionnons si la perforation a éclaté d'emblée
- Dans la colonne II, nous précisons la durée évolutive avant la perforation
- Dans la colonne III, nous faisons mention d'un traitement ulcéreux pré-perforatif quand il a eu lieu.

LA PERFORATION : cette partie s'attache aux caractères de l'accident aigu.

- L'âge du malade au moment de la perforation
- La localisation de l'ulcère perforé
- Le traitement de la perforation.

APRES LA PERFORATION : Nous transcrivons dans cette partie les éléments caractérisant l'évolution de la perforation ulcéreuse après le traitement conservateur en nous attachant plus particulièrement :

- Au recul par rapport à la perforation : .....col. I
- A l'évolution de l'ulcère après traitement conservateur : ...col. II
- Au laps de temps de rechute s'il y a eu reprise du syndrome ulcéreux : .....col. III
- A la modalité de la récidive quand elle a été présente : ....col. IV
- A la nécessité de réintervention si la récidive l'a exigée : col. V

N°	N O M	Sexe	Ant. familx.	AVANT LA PERFORATION		
				Surv. d'emblée	Dur. Evol. avt. Tt.	Tt. suivi avt. Perf.
1	AND... P	M	Nuls	+		0
2	BAB... M	M	Nuls	-	8 ans	0
3	BAS... G	M	Nuls	-	6 mois	0
4	BAT... G.	M	Nuls	-	1 an	0
5	BAZ... A	M	Nuls	-	17 ans	0
6	BEA... P	M	?	+		0
7	BEL... G	M	Nuls	-	20 ans	0
8	BER... A	M	Frère	-	16 ans	+
9	BES... E	M	Nuls	-	5 ans	0
10	BLA... A	M	Nuls	+		0
11	BON... J	M	?	-	20 jours	0
12	BON... Ch	M	Nuls	+		0
13	BOU... J	M	?	-	8 ans	0
14	CAF... A	M	+	-	5 ans	+
15	CHA... A	M	Nuls	-	2 ans	0

N°	LA PERFORATION			APRES LA PERFORATION				
	Age	Local.	Tt.	Temps de Surveillance après Perf.	Evol. Ulc.	Laps de Tps. de rechute	Modalité de Rechute	Nécessité de Réintervention
1	51 ans	GAST.	Suture	7 ans	+	Immédiate	HEMOR.	+ après 7 ans
2	35 ans	DUOD.	Suture	18 ans	+	Qq. mois	ULC. GAST	+ Qq. mois
3	46 ans	DUOD.	Aspir.	14 mois	-			-
4	37 ans	DUOD.	Suture	26 ans	+	12 ans	DOUL.ULC.	-
5	56 ans	GAST.	Suture	8 ans		GASTRECTOMIE Systématique		-
6	36 ans	GAST.	Suture	5 ans	+	Qq. mois	DOUL. ULC	+ après Qq moi
7	40 ans 1/2	DUOD.	Suture	1 an 1/2	+	1 an 1/2	DOUL.ULC.	+ après 1 an1/
8	59 ans	ULC.PEP	Suture	7 ans	-			-
9	51 ans	DUOD.	Suture	5 ans	+	6 mois	GASTRITE	-
10	66 ans	GAST.	Aspir.	2 ans	+	6 mois	DOUL.ULC.	-
11	29 ans	DUOD.	Suture	17 ans	+	9 ans	DOUL.ULC.	+ après 15 an
12	21 ans 1/2	DUOD.	Suture	3 ans	+	2 ans	STENOSE	-
13	42 ans	DUOD.	Suture	10 ans	+	9 ans	DOUL.ULC.	+ après 9 ans
14	51 ans	DUOD.	Suture	11 ans	+	6 mois	GASTRITE	-
15	22 ans	PYL.	Suture	14 ans	+	3 ans	STENOSE	+ après 12 an

N°	N O M	Sexe	Ant. Familx.	AVANT LA PERFORATION		
				Surv. d'emblée	Dur. Evol. avt. Tt.	Tt. suivi avt. Perf.
16	CHA... M	M	Nuls	+		0
17	CHR... E	M	Nuls	-	1 mois	0
18	CZO... J	M	Nuls	+		0
19	DRO... G	M	Nuls	-	20 ans	0
20	FLA... M	M	Gd.père	+		0
21	FOI... S	M	Nuls	-	5 mois	+
22	GIA... L	M	Nuls	-	3 ans	0
23	GRI... L	M	Nuls	-	7 ans	0
24	GRO... L	M	Nuls	+		0
25	GUI... J	M	Nuls	-	8 mois	0
26	JOU... E	M	Nuls	-	3 mois	+
27	JOU... P	M	Nuls	-	3 ans	0
28	LAM... J	M	Nuls	-	4 ans	0
29	LEF... Y	M	?	+		0
30	LEM... J	M	Nuls	+		0

N°	LA PERFORATION			APRES LA PERFORATION				
	Age	Local.	Tt.	Temps de surveillance après Perf.	Evol. Ulc.	Laps de Tps. de rechute	Modalité de Rechute	Nécessité de Réintervention
6	23 ans	DUOD.	Suture	9 ans	+	3 mois	DOUL.ULC.	+
7	37 ans	DUOD.	Suture	10 ans	+		DOUL.ULC.	-
8	42 ans	GAST.	Suture	13 ans	+	8 ans	HEMOR.	+ après 8 ans
9	48 ans	GAST.	Suture	11 ans	+	8 ans	HEMOR.	+ après 8 ans
20	28 ans	DUOD.	Aspir.	5 ans	-			-
21	23 ans	DUOD.	Suture	7 ans	+	7 mois	DOUL.ULC.	+ après 9 moi
22	28 ans	DUOD.	Suture	7 ans	+	7 mois	DOUL.ULC.	+ après 2 ans
23	44 ans	DUOD.	Suture	18 ans	+		GASTRITE	-
24	46 ans 1/2	DUOD.	Suture	6 mois	-	GASTRECTOMIE SYSTEMATIQUE		
25	54 ans	DUOD.	Suture	6 ans	+		DOUL.ULC.	+
26	30 ans	DUOD.	Aspir.	10 ans	+		GASTRITE	-
27	52 ans	DUOD.	Suture	7 ans	+	3 ans	GASTRITE	-
28	28 ans	DUOD.	Suture	5 ans	-			-
29	40 ans	GAST.	Suture	11 mois	-			-
30	23 ans	DUOD.	Suture	11 ans	+	2 ans	GASTRITE	-

N°	N O M	Sexe	Ant. Familx.	AVANT LA PERFORATION		
				Surv. d'emblée	Dur. Evol. avt. Tt.	Tt. suivi avt. Perf.
31	LEP... E	M	Nuls	-	Qq. mois	0
32	LOP... D	M	Nuls	+		0
33	MAR... A	M	Nuls	-	5 ans	+
34	MAR... M	F	Gd.père	-	1 an	0
35	MEL... M	M	?	+		0
36	MEU... L	M	?	?	?	0
37	MUN... A	M	?	+		0
38	OLI... B	M	Mère	-	Plus.années	0
39	PIA... P	M	Nuls	-	6 ans	0
40/41	PIC... M	M	?	-	8 jours	+
42	PLA... M	M	Nuls	-	19 ans	0
43	PLO... A	M	Nuls	+		0
44	POR... A	M	Nuls	-	20 ans	0
45	PRI... R	M	?	-	13 ans	0

	LA PERFORATION			APRES LA PERFORATION				
N°	Age	Local.	Tt.	Temps de Surveillance après perf.	Evol. Ulc.	Laps de Tps. de rechute	Modalité de rechute	Nécessité de réintervention
31	57 ans	DUOD.	Aspir.	6 ans	-			-
32	33 ans	GAST.	Suture	30 ans	+	20 ans	DOUL.ULC.	+ après 21 ans
33	45 ans	GAST.	Suture	13 ans	+	Immédiate		+ après 18 mois
34	32 ans	DUOD.	Suture	4 ans	+		DOUL.ULC.	-
35	44 ans	DUOD.	Suture	5 ans	+	Quelques semaines		+ après 3 mois
36	77 ans	DUOD.	Suture	2 ans	+	1 an	STENOSE	+ après 1 an
37	50 ans	DUOD.	Aspir.	3 ans	-			-
38	46 ans	GAST.	Suture	6 mois	+	2 mois	DOUL.ULC.	-
39	45 ans	GAST.	Suture	18 ans	+	1 an	DOUL.ULC.	-
40 41	48 ans	DUOD.	Aspir.	17 ans	+	7 ans	PERF.	+ : Suture Dep. : Gast.
42	53 ans	DUOD.	Suture	10 ans	-	GASTRECTOMIE de principe		
43	41 ans	GAST.	Suture	11 ans	-			-
44	52 ans	DUOD.	Suture	4 ans	+	1 an	Ulcère Peptique	+ après 2 ans
45	40 ans	DUOD.	Suture	5 ans	+		GASTRITE	-

N°	N O M	Sexe	Ant. Familix.	AVANT LA PERFORATION		
				Surv. d'emblée	Dur. Evol. après Tt.	Tt. suivi avt. Perf.
46	QUI... S	M	Père	+		0
47	RAF... Ch	M	Nuls	-	2 ans	+
48	RAN... J	M	Nuls	+		0
49	REB... E	M	Nuls	-	10 ans	+
50	RET... M	M	Père Frère	-		0
51	RIV... A	M	?	-	2 ans	0
52	ROB... J	M	Nuls	+		0
53	ROG... R	M	Nuls	-	10 ans	+
54	RON... H	M	?	?	?	?
55	SIM... R	M	Nuls	-	1 an	+
56	SIM... M	M	Père	-	6 mois	0
57	SIM... H	M	Nuls	+		0
58	VER... A	M	Nuls	+		0
59	VER... H	M	Nuls	-	11 ans	+
60	ZAF... R	F	Nuls	-	12 jours	0

N°	LA PERFORATION			Temps de Surveillance après Perf.	APRES LA PERFORATION			
	Age	Local.	Tt.		Evol. Ulc.	Laps de Tps. de rechute	Modalité de rechute	Nécessité de Réintervention
46	30 ans	DUOD.	Aspir.	5 ans	-			
47	45 ans	GAST.	Suture	4 ans	+	2 ans		+ après 2 ans
48	26 ans	GAST.	Suture	15 ans	+	13 ans	DOUL.ULC.	-
49	36 ans	DUOD.	Suture	38 ans	+		DOUL.ULC.	+ après 15 an
50	36 ans	GAST.	Suture	21 mois	+		DOUL.ULC.	-
51	37 ans	PYL.	Suture	1 an	+	8 mois	DOUL.ULC.	+ après 1 an
52	49 ans	DUOD.	Suture	4 ans	-			-
53	46 ans	GAST.	Suture	14 ans	+	1 an	STENOSE	+ après 1 an
54	19 ans	DUOD.	Suture	12 ans	+	12 ans	ULCERE PEPTIQUE	+
55	58 ans	GAST.	Suture	6 ans	-			-
56	36 ans	?	Aspir.	2 ans	+		DOUL.ULC.	-
57	31 ans	GAST.	Suture	10 ans	+		GASTRITE	-
58	64 ans	DUOD.	Suture	4 ans	+	3 mois	DOUL.ULC.	+ après 3 moi
59	44 ans	DUOD.	Suture	15 ans	+	1 an	DOUL.ILC.	+ après 4 an
60	41 ans	DUOD.	Suture	1 an 1 / 2	+	1 an	GASTRITE	-

BIBLIOGRAPHIE

1 - BARBER R.F. - MADDEN J.L
Acute gastro-duodénal perforation
Am. J. Surgery, 59, 1943, p. 484 - 495

2 - BERTRAND J. et J.M. JANKOWSKI
L'ulcère gastro-duodénal apparu après 60 ans
Antenne médicale 311 (3) 1966, p. 89 - 96

3 - BIERRING Rr. - GAMMELGAARD P.A. - GULDHAMMER H.
Perforation des ulcères gastriques ou duodénaux
Résultats immédiats et lointains de la suture simple
Acta. Chir. Scand. 106 (2-3), 1953

4 - BREYER M.
L'ulcère gastro-duodénal perforé traité par suture simple. Résultats immédiats et éloignés. A propos de 164 observations
Thèse Nancy - Fev. 1961

5 - BRIZON J.
Traitement éclectique des ulcères perforés gastro-duodénaux
Thèse Paris 1954

6 - CALVET
A propos de l'aspiration dans les perforations ulcéreuses
Mém. Académie Chir. 20 Nov. 1951, p. 969 - 970

7 - CHALNOT P. - GROSIDIER J. - VICHARD P. - MATHIEU P. (Nancy)
Comment envisager actuellement le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés.
Lyon Chir. 57, Mars 1961, p. 236 - 242

8 - CLAVEL Ch.
Etude statistique de 150 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés
Lyon Chir. 48 (6) Aout-Sept. 1953, p. 723 - 732

9 - CORNET A. & TERRIS G.
Ulcère du duodénum
Encycl. Méd. Chir. Estomac - Intestin, 3 - 1965, 9021 C 10 - P. 1

10 - DEAN A.C. - CLARK C.G. et SINCLAIR - GIEBEN
The late pragnosis of perforated duodenal ulcer.
Gut, 3, Mars 1962, p. 60 - 64

11 - De MOURGUES J.
Résultats immédiats et éloignés des interventions pour ulcère gastro-duodénal perforé.
Thèse Lyon 1932, n° 144

12 - DUBARRY J.J.
Recherches sur le facteur héréditaire dans la maladie ulcéreuse
Estratto dagli "Atti - Della - Accadémia Lancisiana Di Roma" 1 1964/65

13 - DUBARRY J.J.
Les problèmes pratiques que pose aux cliniciens un opéré gastrique déçu.
Revue du Praticien 14 (7), 1er Mars 1964, p. 743 - 754

14 - EDELMANN
La place de la suture dans le traitement de la perforation des ulcères gastro-duodénaux
Mém. Ac. Chir. 1960 86, p. 243

15 - Entretiens de Bichat 1961 p. 625
La forme héréditaire de l'ulcère gastro-duodénal

16 - ESTES W.L. - BENNET B.A.
Acute perforated ulcer. Late results
Ann. Surgery 119 (3), p. 321

17 - FONTAINE R. - HIEBEL G. - LANG G.
Résultats éloignés des malades traités pour perforation d'un ulcère gastro-duodénal. A propos de 117 cas revus
Lyon Chir. 59 (5) sept. 1963, p. 696 - 698

18 - FORTY F.
One hundred cases of perforated peptic ulcer with an analysis of immediate an remote results of simple closure
British. Med. J, 44, 25 Mai 1946, p. 790 - 793

19 - GIRARD M. et REZILLOT
Etude statistique de 976 cas d'ulcères gastro-duodénaux
Journées Méd. Lyon, 20 avril 1950, p. 329 - 342

20 - GUIVARC'H M.
Surveillance et devenir d'un opéré de l'estomac
Revue du Praticien 16 (24) Sept. 1966, p. 3025 - 3224

21 - HAEBERLIN P.
Les traitements des ulcères gastro-duodénaux perforés
Schw. Med. Wsch. 1953 - 83, p. 571

22 - HAMANT ET ROTHAU
Considérations cliniques d'après 120 observations de perforations gastro-duodénales
Revue Méd. de Nancy. Oct. 1937, p. 761 - 779

23 - HILLEMAND P. et SARRAZIN
A propos de la fréquence des ulcères gastro-duodénaux, de la fréquence de leur localisation, de leur fréquence relative chez l'homme et chez la femme
Acta Gastroentéro. 9 (3) 1946, p. 134 - 136

24 - HOUSTON W.
The aftermath of perforated peptic ulcer
Brit. Med. J. (2) 1946, p. 220

25 - ILLINGWORTH - SCOOT and JAMESION R.A.
Progress after perforated peptic ulcer
Brit. Med. J. (1) 1946, p. 787

26 - JOHANSSON O.
200 cas d'ulcères perforés gastro-duodénaux
Acta. Chir Scand. 95 (3), Mars 1947, p. 233 - 259

27 - KIVENKO V.
Caractères cliniques de la forme héréditaire de l'ulcère gastro-duodénal
Revue de Médecine - 4, 1960, p. 155 - 157

28 - LENORMANT Ch.
174 perforations d'ulcères gastro-duodénaux
Presse Méd. 37, Aout 1942, p. 505 - 506

29 - LEVRAT M. - LAMBERT R. - TISSOT A.
L'hérédité de l'ulcère gastro-duodénal et cas multiples familiaux
Journal de Génétique Humaine 11, 1962, p. 22 - 50

30 - LEVRAT M. - MOULINIER B. - PASQUIER J. - LAMBERT R.
Evolution éloignée des ulcères gastro-duodénaux perforés traités par suture simple
Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition
Paris, 53, (11) 1964, p. 1197 - 1204

31 - LUER
Revue de 102 cas d'ulcères perforés
Surgery 27 (3), Mars 1950, p. 360 - 363

32 - MIALARET J. et EDELMANN G.
Les problèmes du traitement des ulcères perforés gastro-duodénaux
La gastrectomie d'urgence. Indications et résultats
Mason et Cie Edit. Paris 1949

33 - MIALARET J. - EDELMANN G - PILLOIS R. - BOURGEOIS R. - BRIZON J.
Résultats de cinq ans de traitement "éclectique" des ulcères perforés.
Ann. Chir. 32 (2) Fev. 1956, p. 97 - 114

34 - MOULINIER B.
Evolution éloignée des ulcères gastro-duodénaux perforés et suturés
Thèse Lyon 1964 n° 58

35 - MULLER C.A. (Neufchâtel)
Perforations aiguës des ulcères gastro-duodénaux
Statistiques d'un service de chirurgie pendant 8 ans
Mém. Ac. Chir. 83, 1957, p. 749 - 752

36 - NEWLIN HASTINGS M.D. and ROY MACHIDA H.D. Los Angeles, California
Perforated peptic ulcer. Results after simple surgical closure
The American Journal of Surgery - August 1961, 102, n° 2

37 - NUSSBAUMER A.
A propos du traitement chirurgical de la perforation d'ulcères gastro-duodénaux. Etude de 132 cas
Ann. Chir. 19, Oct. 1961, p. 1269 - 1272

38 - OMEZY et DROISSART P.
La suture simple dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. Résultats de 145 sutures
Soc. de Chir. Lille, 21 Nov. 1958

39 - PALUMBO L.Y. and RUGTIV
Results of operative treatment of acute perforated peptic ulcer
Surgery 34, 1953, p. 635

40 - PALUMBO L.T. - SHARPE W.S.
Acute perforation gastro-duodenal
Evaluation of 160 consecutives patients treated by simple closure
Surgery 50, Déc. 1961, p. 863 - 868

41 - PARKER E.F.
The late results in acute perforated peptic ulcer treated by simple closure.
Surgery 10, 1941, p. 49

42 - PEYCELON R. et DUJOL H.
Réinterventions gastriques après perforation d'ulcère
Lyon Chir. 48 (7) Oct. 1953, p. 863 - 866

43 - QUAST
Traitement de la perforation d'ulcères gastro-duodénaux.
Résultats immédiats.
Surgery - Gyn. Obst. 100, Mars 1955, p. 303

44 - RIBET M. - GAUTIER BENOIT C. - QUANDALLE P. - DRUART J. - RAZEMON P.
Evolution des ulcères gastro-duodénaux perforés après traitement conservateur.
Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition,

45 - SHIPLEY E. and WALKER J.
Les ulcères gastro-duodénaux perforés. Analyse de 200 cas
Amer. J. Surgery 77 (3) Mars 1949, p. 329 - 337

46 - SOOTS G. et COMBEMALE B.
A propos du traitement des ulcères duodénaux perforés. Le devenir des cas traités par méthode conservatrice.
Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition, Paris, 53 (6) 1964, p. 759 - 762

47 - TALHEIMER M. ROBERT - AUROUSSEAU
Le traitement chirurgical des perforations d'ulcères gastro-duodénaux
Mém. Ac. Chir. 81, 1955, p. 47 - 50

48 - TAYLOR H.
Le traitement par aspiration des ulcères perforés
Lancet, 1951, 260, n& 6645

49 - Ulcère gastro-duodénal, familial.
Gazette Médicale de France, 70 (21) 1963, p. 3323 - 3230

50 - VALLIN J. et KINVENKO V.
Importance respective de l'hérédité et de l'ambiance dans l'étiologie de la maladie ulcéreuse.
La Presse thermale et climatique 97 (1), 1960, p. 15 - 21

51 - WEISS A.C. - HOLLENDER L. (Strasbourg)
Pour la suture simple dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé.
Lyon Chir., 50 (4), 1955, p. 433 - 444

VU, le Président de Thèse,

Professeur P. VIALLE.

VU, le Doyen de la Faculté de

Médecine de TOURS.

Professeur G. DESBUQUOIS.

VU et PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie d'ORLEANS

G. ANTOINE